O Enamed e o Mais Médicos

Simon Schwartzman

(14 de fevereiro de 2026)

Renato Janine Ribeiro, ex-presidente da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e Ministro da Educação no governo de Dilma Roussef, me envia o seguinte comentário sobre meu artigo a respeito do Enamed:

> "Vi agora seu post e respondo: você pode ter razão quanto ao Enamed — não sei como funciona em relação ao Enade, que já existia e poderia ter dados próximos, senão os mesmos, que o novo exame apurou. Contudo, independentemente de eventuais equívocos dele, o que me preocupou no seu artigo é você identificar o Mais Médicos com uma política do Ministério da Saúde, no sentido de contratação de médicos estrangeiros para atender nas periferias. Você sabe, certamente, que o Mais Médicos é um programa conjunto dos dois ministérios, MEC e Saúde, e que, embora a mídia sempre pense na saúde, a parte estruturante, a parte duradoura do Mais Médicos é a constituição de cursos de medicina segundo um novo modelo, fortemente inspirado na experiência britânica — que todos sabemos ser muito bem-sucedida na área de saúde — e que levou também a uma expansão significativa de vagas no interior do país. Essa parte é do MEC. Tanto que, justamente no breve período em que fui ministro, pela primeira vez o número de vagas de medicina nas não capitais superou o número de vagas nas capitais.
>
> Mas, independentemente dos resultados do Mais Médicos — que não acompanhei mais depois que deixei o Ministério —, é importante lembrar que essa parte que você apresentou como sendo o Mais Médicos (da Saude) é apenas o que eu chamo de "0800", a urgência, a emergência, a tentativa — de modo geral bem-sucedida — de atender as populações mais carentes, e com muito êxito, como aliás atesta um excelente artigo da revista Piauí de fevereiro de 2014, que eu te recomendo, e que mostra o êxito do Mais Médicos, bem como a estupidez do Conselho Federal de Medicina, que, diante da experiência com médicos não apenas cubanos mas em grande medida cubanos, alegou que o ideal para os estrangeiros era fazer o Revalida e depois trabalharem no Sírio ou no Einstein — que justamente não têm carência de médicos, que eu saiba, quando o problema nosso está nas periferias".

Janine tem razão ao dizer que só me referi à parte do programa Mais Médicos voltado para o

atendimento à rede do SUS, feita no início com médicos cubanos, e, mais recentemente, sobretudo com brasileiros formados no exterior. A parte de formação, própria do Ministério da Educação, mereceria um exame mais aprofundado, mas tudo indica que a ideia de desenvolver um modelo alternativo de formação médica, inspirado no modelo inglês de medicina focada na atenção primária, infelizmente não parece ter prosperado. De fato, a partir de 2013, a proporção de alunos e cursos fora das capitais aumentou, mas este aumento se deu sobretudo pela expansão do setor privado, e focada na atenção primária, infelizmente não parece ter prosperado. De fato, a partir de 2013, a proporção de alunos e cursos fora das capitais aumentou, mas este aumento se deu sobretudo pela expansão do setor privado, e tentando emular o modelo único das universidades mais tradicionais. Uma evidência indireta disto é que, olhando os resltados do Enamed, não se observa nenhuma tendência clara de especialização de cursos de determinado setor (federal, estadual, privado com e sem fins lucrativos, etc) em alguma das cinco áreas avaliadas (clínica, pediatria, cirurgia, ginecologia, medicina familiar e comunitária). Existem várias iniciativas de estimular a especialização em medicina familiar e comunitária através de residências e outros mecanismos, mas para médcos já formados, e nem sempre muito procuradas.

A dificuldade no Brasil é que temos um sistema de saude híbrido, com um setor público supostamente universal, mas limitado, e um setor privado altamente competitivo, e relações pouco claras entre eles. Como tratei de dizer em meu artigo, para estimular a formação de médicos com diferentes tipos de formação nos cursos de graduação seria necesssário criar certificações diferentes e eventualmente mais curtas, saindo do modelo único atual. Isto permitiria, por exemplo, ter cursos dedicados a formar médicos de família, que pudessem mais tarde se especializar e obter uma certificação em ginecologia, etc., sem precisar ir buscar um diploma no Paraguai e passar pelo Revalida. Sem esta possibilidade, a parte de formação diferenciada do programa Mais Médicos dificilmente poteria ter tido outro resltado.

Quanto à comparação entre o Enamed e o Enad, há duas diferenças principais. A primeira é que o Enamed estabelece um patamar mínimo de desempenho que o estudante deve atingir para ser considerado apto, enquanto o Enade simplesmente ordena os resultados em uma escala contínua de desempenho, sem definir um ponto de corte explícito de suficiência. A segunda diferença refere-se ao uso dos resultados na avaliação dos cursos. No Conceito Preliminar de Curso (CPC) atribuído pelo MEC, o Enade tem peso de apenas 20%, sendo combinado com outras variáveis, como o desempenho de entrada dos estudantes (medido pelo Enem), a titulação do corpo docente e a avaliação discente do curso. Já o Enamed foi utilizado, na classificação de 2025, como indicador único. Assim, o Enad tradicional funciona como um dos vários componentes da avaliação dos cursos, enquanto o Enamed se aproxima mais de uma lógica de exame de certificação profissional, mas aplicado a alunos ainda em

formação, e utilizado diretamente para a classificação dos cursos. Ele reforça, asssim, o modelo único e altamente seletivo do ensino médico tradicional no país, tentando emular o modelo único das universidades mais tradicionais. Uma evidência indireta disto é que, olhando os resltados do ENAMED, não se observa nenhuma tendência clara de especialização de cursos de determinado setor (federal, estadual, privado com e sem fins lucrativos, etc) em alguma das cinco áreas avaliadas (clínica, pediatria, cirurgia, ginecologia, medicina familiar e comunitária). Existem várias iniciativas de estimular a especialização em medicina familiar e comunitária através de residências e outros mecanismos, mas para médcos já formados, e nem sempre muito procuradas.

A dificuldade no Brasil é que temos um sistema de saude híbrido, com um setor público supostamente universal, mas limitado, e um setor privado altamente competitivo, e relações pouco claras entre si. Como tratei de dizer em meu artigo, para estimular a formação de médicos com diferentes tipos de formação nos cursos de graduação seria necesssário criar certificações diferentes e eventualmente mais curtas, saindo do modelo único atual. Isto permitiria, por exemplo, formar médicos de família, que pudessem mais tarde se especializar e obter uma certificaçao em ginecologia, etc., sem precisar ir buscar um diploma no Paraguai e passar pelo Revalida. Sem esta possibilidade, a parte de formação diferenciada do programa Mais Médicos dificilmente poteria ter tido outto resltado.

Quanto à comparação entre o ENAMED e o ENADE, há duas diferenças principais. A primeira é que o ENAMED estabelece um patamar mínimo de desempenho que o estudante deve atingir para ser considerado apto, enquanto o ENADE simplesmente ordena os resultados em uma escala contínua de desempenho, sem definir um ponto de corte explícito de suficiência. A segunda diferença refere-se ao uso dos resultados na avaliação dos cursos. No Conceito Preliminar de Curso (CPC) atribuído pelo MEC, o ENADE tem peso de apenas 20%, sendo combinado com outras variáveis, como o desempenho de entrada dos estudantes (medido pelo ENEM), a titulação do corpo docente e a avaliação discente do curso. Já o ENAMED foi utilizado, na classificação de 2025, como indicador único.Assim, o ENADE tradicional funciona como um dos vários componentes da avaliação dos cursos, enquanto o ENAMED se aproxima mais de uma lógica de exame de certificação profissional, passando a ser utilizado diretamente para a classificação dos cursos. Ele reforça, asssim, o modelo único e altamente seletivo do ensino médico tradicional no país.